



POLICIA NACIONAL

PROCEDIMIENTO: ELABORACION, EJECUCION Y LIQUIDACION DE CONTRATOS

INFORME SUPERVISORES SEGUIMIENTO CONTRACTUAL

CÓDIGO: 2BS-FR-0019

FECHA: 18-08-2015

VERSION: 4

Bogotá D.C., 1 de febrero de 2019

No. **3** ENFER - HOCEN

Señor Teniente

DELIO ANDRES GARAVITO

Jefe Contratos Hospital Central

Ciudad.

Asunto: Informe de supervisión contrato

96-7-201178-18

Mes Reportado: **ENERO**

1. PRÓRROGA No.	2. ACLARATORIO No.	3. MODIFICATORIO No.	4. OTROS
INICIO:	TERMINO:	FECHA:	FECHA:

6. OBJETO	6. CONTRATISTA	7. PLAZO DE EJECUCION	BIENES Y/O SERVICIOS CONTRATADOS	RECIBIDO	PENDIENTE POR RECEPCION		15. OBSERVACIONES
1. LA PRESTACION DE SERVICIOS COMO TECNICO ASISTENCIAL - AUXILIAR DE ENFERMERIA.	CONTRERAS ORTIZ EUNICE	Vigencia:	TECNICO (AUXILIAR DE ENFERMERIA)	11. CANTIDAD	12. VALOR	13. CANTIDAD	14. VALOR
		Inicio					
		26-nov-18					
		termino					
		25-abr-19					
		Adición:					
		Inicio					
		termino					

16. El contratista cumplió con lo establecido con las cláusulas contractuales?	SI. X	17. Certifico con la firma del presente informe, que el contratista cumplió con lo establecido en las cláusulas y especificaciones técnicas del contrato, en la fecha o fechas establecidas, para lo cual relaciono y anexo los documentos soportes, descritos en el numeral 23. del presente formato.
	NO.	18. En caso de incumplimiento parcial o total del contrato, diligenciar el numeral 19 del presente formato, para lo cual anexo comunicación oficial No. _____ del _____, mediante la cual se informa al ordenador del gasto, el no cumplimiento de las obligaciones pactadas en el contrato.

20. ITEM Y/O NUMERAL

21. DESCRIPCIÓN DE LA ESPECIFICACIÓN TÉCNICA

22. OBSERVACIÓN Y SOPORTES QUE EVIDENCIAN EL INCUMPLIMIENTO.

23. DOCUMENTOS TÉCNICOS OBLIGATORIOS ESTABLECIDOS EN LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS, INCLUYENDO LAS AMBIENTALES, DE SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL Y OTROS.	
24. OBSERVACIÓN Y SOPORTES QUE EVIDENCIAN EL CUMPLIMIENTO.	

24. ITEM Y/O NUMERAL

25. DESCRIPCIÓN DE LA ESPECIFICACIÓN TÉCNICA

26. OBSERVACIÓN Y SOPORTES QUE EVIDENCIAN EL CUMPLIMIENTO.

Para el caso de prestación de servicios personales o profesionales que afectan la continuidad del servicio, fecha en la cual le fue suministrada la indicación establecida _____ Con base en la indicación recibida, el/los paciente/s cumple con el objeto contractual establecido SI ☒ NO ☐

Grido y Nombre del Supervisor Teniente JUDY CONSTANZA PALMA HERNANDEZ

Caligo, jefe del Departamento de Enfermería HOCEN

Teléfonos: 2202030

Copia del Formulario N° 8 Clasificación de Cumplimiento - Informe de los Procesos.

Anexos:

- Copia de la Cuenta de Cúpo.
- Informe de los Procesos.
- Copia de la planilla de pago de salud, Pensión y ARL.

Firma

Recibida _____ Con base en la información recibida, el comandante

[Handwritten signature]

Página 1 de 2	PROCESO ADQUIRIR BIENES Y SERVICIOS CONSTANCIA RECIBIDO A SATISFACCIÓN	 POLICIA NACIONAL
Código: 2BS-FR-0045		
Fecha: 22-05-2015		
Versión: 2		

CIUDAD Y FECHA:	Bogotá, D.C. 1 FEBRERO 2019
CONTRATO N°:	96-7-201178-18
CONTRATISTA:	Enrica Contreras Ortiz CC. 51967769
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACION SERVICIOS PROFESIONALES COMO TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA
VALOR DEL CONTRATO:	S.700.675
PLAZO DE EJECUCIÓN (INICIO Y TERMINACION):	26-11-2018 - 25-04-2019
FECHA DE ENTREGA:	Periodo comprendido:
DIAS DE ATRASO EN LA ENTREGA:	el de enero a 30 de enero 2019
NOMBRE DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO Y CARGO QUE DESEMPEÑA:	TENIENTE JUDY CONSTANZA PALMA HERNANDEZ Jefe Departamento Enfermería HOCEN
VALOR CORRESPONDIENTE A ESTA ENTREGA	1.140.135
RECEPCION DE LOS BIENES:	Mediante acta de recepción de bienes # _____ de fecha _____, el almacenista efectuó la recepción y verificación de los mismos.
INFORMACION ADICIONAL PARA CONTRATOS DE OBRA, INTERVENTORIA O CONSULTORIA aplica para contratos de obra y/o Interventoría (Únicamente)	
FECHA DEL ACTA DE INICIO:	
PORCENTAJE DE AVANCE PARA EL PRESENTE CORTE Y ACUMULADO TOTAL DE AVANCE:	
EN EL CORTE SE PRESENTARON MAYORES Y MENORES CANTIDADES DE OBRA:	NO ___ SI ___ (siendo aprobado el balance de mayores y menores por parte del ordenador del gasto de fecha: _____)
EN EL PRESENTE CORTE SE PRESENTARON ÍTEMS NO PREVISTOS:	NO ___ SI ___ (Autorizados mediante modificatorio y adicional N° _____ de fecha: _____)

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO: Informe de Actividades Mensual los servicios se prestaron dentro del plazo de ejecución, cumpliendo con las especificaciones técnicas y condiciones estipuladas en el contrato, pago de los aportes al sistema general de seguridad social, avala el pago de la cuenta de cobro N° 03 de fecha **1 FEBRERO 2019**.

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DENTRO DEL CARGO:

1. Realizo el recibo y entrega de turno para cumplir con las actividades pertinentes.
2. Ejecuto el plan de actividades de enfermería.
3. Realizo el correcto diligenciamiento de los registros clínicos.
4. Realizo la atención de ingresos, egresos y traslado de pacientes.
5. Realizo la atención a pacientes de alta, mediana y baja complejidad.

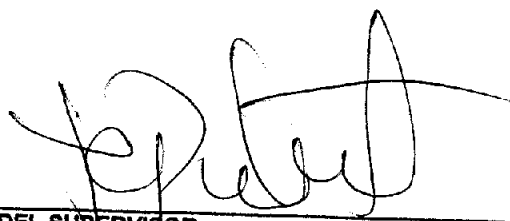
Página 2 de 2	PROCESO ADQUIRIR BIENES Y SERVICIOS	 POLICIA NACIONAL
Código: 2BS-FR-0045		
Fecha: 22-05-2015		
Versión: 2	CONSTANCIA RECIBIDO A SATISFACCIÓN	

7. Solicito los insumos de la central de esterilización para el turno.
8. Conoce y aplica las guías de manejo de enfermería en la atención a nuestro usuario.
9. Administro mezclas y hemocomponentes.
10. Administro los medicamentos prescritos.
11. Asigno actividades del servicio al personal de auxiliares camilleros.
12. Superviso y reviso periódicamente el diligenciamiento de los registros clínicos realizados por el personal de auxiliares de enfermería asignados.
13. Superviso y reviso el diligenciamiento del libro de camillero asignado a su servicio.
14. Colaboro y propendí por el cuidado de los recursos de la entidad (Físicos, Técnicos y Económicos) incluida la propiedad intelectual y los derechos de autor, para la debida ejecución de actividades convenidas y no utilizarlos para fines y en lugares diferentes a los contratos y devolverlos a la institución a la terminaron del presente contrato.
15. Cumplió con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la Historia Clínica de los pacientes.
16. Ejercer su profesión con moral y ética.
17. Realizo los registros de atención diaria de procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizado los informes estadísticos definidos para la normatividad vigente, y todos aquellos registros necesarios para los procesos de costos y facturación.
18. Participo en las brigadas de salud programadas de la Dirección de Sanidad en aquellos sitios donde la entidad lo requiera.

No. Factura y/o Cta. Cobro	Fecha	Valor	Nota crédito o débito	Valor neto
03	1 FEBRERO 2019.	1.140.135		1.140.135
Valor total bienes y/o servicios recibidos				1.140.135

OBSERVACIONES:

INASISTENCIAS	SI	NO	DIAS
		7	



FIRMA DEL SUPERVISOR
TENIENTE JUDY CONSTANZA PALMA HERNANDEZ
 Jefe Departamento Enfermería HOCEN

CUENTA DE COBRO N° 03

Bogotá D.C, 1 FEBRERO DE 2019.

HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA NACIONAL

NIT: 830067597-4

DEBE A:

Enrica Contreras Ortiz identificado con
Cédula de Ciudadanía No. 51967769 expedida en
Bogotá, la suma de \$ 1.140.135 por concepto de
las actividades desempeñadas entre el (01) al (30) Enero
del presente año, de acuerdo al objeto y obligaciones pactadas en
el contrato de prestaciones de servicios No.
96-7-201178-18 suscrito con el Hospital Central de la
Policía Nacional para prestar mis servicios como
Auxiliar de enfermería

Favor consignar en la cuenta de ahorros N° 447064809
del Banco Bogotá de acuerdo al contrato estipulado.

Atentamente,

Firma: Enrica Contreras Ortiz

Nombres y apellidos Enrica Contreras Ortiz

CC. 51967769

Teléfono: 7923151

Bogotá D.C, 1 FEBRERO DE 2019.

Señores:

Hospital Central de la Policía Nacional

Ciudad

Respetados señores;

Yo, Enice Contreras Ortiz identificada con cédula de ciudadanía a N° 51967769 de Bogotá, para los efectos previstos en la Ley 1607 de 2012 y el Decreto reglamentario 0099 de 2013 del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, certifico bajo la gravedad de juramento, que me encuentro enmarcado dentro de la categoría tributaria como; empleado, según el Artículo 329 del Estatuto Tributario, teniendo en cuenta que en una proporción igual o superior al 80% de mis ingresos, provienen de la actividad de profesiones liberales desarrollada en el **Hospital Central de la Policía Nacional**, además mi condición es de NO Declarante del Impuesto sobre la Renta.

Cordialmente,

Firma: Enice Contreras Ortiz

Nombres y Apellidos: Enice Contreras Ortiz

cc. 51967769

BOGOTÁ, 1 FEBRERO DE 2019

Señores:
Hospital Central
Policía Nacional
Ciudad

Respetados señores:

Yo, Emilia Pontreñas Ortiz, en calidad de contratista identificado con cedula de ciudadanía N° 51967769, para los efectos previstos en el Artículo 4, Parágrafo 1° del Decreto 2271 de 2009, certifico bajo la gravedad de juramento, que los documentos soporte del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social en Salud, pensión y riesgos profesionales de acuerdo a los porcentajes establecidos por las normas vigentes (12,5% salud, 16% pensión y riesgos profesionales para administrativos del 0,522% O SI ES ASISTENCIAL DEL 2,436%) sobre una base de cotización del 40% de los honorarios mensuales percibidos, corresponden a los ingresos provenientes del contrato No. 96-7-2011B-18 con el Hospital Central de la Policía Nacional.

VALOR A COTIZAR		VALOR COTIZADO SEGÚN LIQUIDACION PLANILLA No. <u>8656052191</u>
HONORARIOS MENSUALES	1.140.135,00	<u>1.140.135</u>
BASE COTIZACION 40%	781.242,00	<u>781.242</u>
APORTE SALUD 12,5%	97.655,25	<u>97.700</u>
APORTE PENSION 16%	124.998,72	<u>125.000</u>
APORTE RIESGOS PROFESIONALES		
ASISTENCIALES 2,436%	19.031,06	<u>19.400</u>
ADMINISTRATIVOS 0,522%		

Cordialmente,

Firma: Emilia Pontreñas Ortiz

Nombres y Apellidos: Emilia Pontreñas Ortiz

Cedula: 51967769

Telefono: 7923151

RAZON SOCIAL :	EUNICE CONTRERAS ORTIZ
IDENTIFICACION:	CC-51967769
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2019-01-15
FECHA LIMITE DE PAGO:	2019-01-17
FECHA DE PAGO:	2019-01-15
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE BOGOTA
PERIODO PENSION:	2018-12
PERIODO SALUD:	2018-12
NUMERO PLANILLA:	8656052191
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8616192670
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS017	830003564	FAMISANAR	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 97.700	\$ 97.700
230301	800224808	PORVENIR	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 125.000	\$ 125.000
14-23	860011153	POSITIVA	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 19.100	\$ 19.100
Total a pagar				\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 241.800	\$ 241.800

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	17/01/2019
----------------------------------	------------